Rok L. Kraków, dnia 5. sierpnia 1911. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzie danych, otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej.

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

(Odczyt zgłoszony na I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w 4 i 5 czerwca 1911).

Każdemu, ktokolwiek lat temu 16 zaczynał stosować surowicę przeciwbłoniczą, nie obcą jest cała skala trudności, jakie musiał z początku przezwyciężać, zanim upłynął spory kawał czasu, który utrwalił większą ufność w zbawienne działanie surowicy przeciwko błonicy gardła i krtani. W późniejszym czasie, po upływie lat kilku, powstało pytanie czysto praktyczne, czy surowica ta nie wywołuje po wielokrotnych jej stosowaniach u jednego i tegoż samego osobnika z powodu ponownych z biegiem lat zachorzeń na błonicę, niepożądanych objawów chorobowych, objętych nazwą uczulenia, nadwrażliwości (anafilaksyi), występującej zależnie od ponownego wprowadzania płynnych substancyi białkowatych, gatunkowo obcych dla danego leczonego ustroju, a które po pierwszem wprowadzeniu ich do tegoż ustroju pozostawiły w nim ślady odporności biernej, czyniąc go uczulonym, nadwrażliwym na ponowne swe działanie, wywołując stan tak zwanej przez Pirqueta »allergii«, czyli własności odmiennego odczynu krwi.

Przypuszczenia te, oparte na teoretycznych rozumowaniach i na analogiach zjawisk, spostrzeganych już po części w pracowniach Behringa i Roux, a potem przez Arthusa w Paryżu odnośnie do objawów nacieków miejscowych (w miejscu wstrzyknięcia) wraz z częściowem obumarciem tkanek u królików, którym ponownie surowicę wstrzykiwano, oraz przez Theobalda Smitha odnośnie do ogólnych objawów wstrząsu naczynioruchowego u świnek morskich, którym wielokrotnie wstrzykiwano surowicę swoistą i jad błoniczy w celach określenia stopnia wartościowości surowicy leczniczej, stawały się rzekomo bardzo prawdopodobne.

Dalsze podstawowe badania odnośnie do wszystkich ciał natury białkowej, wprowadzanych do krwi, których to badań dokonali: Arthus, Smith, v. Pirquet, Richet, Otto, Bordet i inni, a następnie długotrwałe i mozolne doświadczenia, zarówno »in vitro«, jak i »in vivo«, zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach, jakie przeprowadzili: Besredka, Pfeiffer, Kraus i Dörr, Miecznikow, Nicolle, Ehrlich, Frankel, Uhlenhuth, a ostatnio Wolff-Eisner, Friedemann, Friedberger, Jochmann, Weichardt i inni, dowiodły i wyjaśniły, że surowice t. zw. przeciwjadowe (antytoksyczne), do których i przeciwbłonicza należy, zawierają w sobie substancye białkowate płynne, które, aczkolwiek gatunkowo obce dla leczonego ustroju, to jednak wprowadzone doń czy to śródżylnie, czy też podskórnie, okazują się dla wielu powodów bezwątpienia mniej jadowitemi, zarówno same przez się, jak i przez wytwarzanie się z nich nowych produktów białkowatych przy parenteralnej przeróbce wprowadzonego do krwi białka, w porównaniu ze substancyami białkowatemi surowic t. zw. bakteryobójczych.

Zanim jednak naukowo, doświadczalnie i klinicznie sprawa ta tak dodatnio wyjaśnioną została, trzeba było zwalczać swą własną obawę i niepewność w codziennej praktyce, zarówno, jak i powstałe błędne przekonanie wśród inteligencyi, nie wyłączając lekarzy, oraz wśród różnych warstw leczących się, że reinjekcye surowicy przeciwbłoniczej mogą być szkodliwe, a nawet wprost niebezpieczne i groźne dla życia chorych. Śledząc skrupulatnie cały przebieg stopniowego rozwoju stosowania surowicy przeciwbłoniczej, szczegółowo zapisywałem od chwili, gdym ją sam stosować zaczął, wszystkie te leczone przezemnie przypadki, które dość sumiennie, drobiazgowo i dostatecznie długo spostrzegałem, ogłaszając je w swoim czasie. Tem ciekawsze stały się dla mnie w następstwie te przypadki, które z biegiem czasu podlegały kilkakrotnym ponownym wstrzyknięciom, czyli t. zw. reinjekcyom, w różnych dłuższych odstępach czasu. Odpowiednie dane liczbowe, oraz otrzymane wyniki kliniczne i wnioski praktyczne pozwolę sobie właśnie przedstawić, w tem mniemaniu, że dotyczą one sprawy aktualnej, będącej na czasie.

Od roku 1895 do chwili obecnej spostrzegałem 760 przypadków błonicy gardła i krtani, leczonych przezemnie surowicą swoistą. Ponieważ w przeciągu całego tego czasu mieszkałem w jednej i tej samej miejscowości, gdzie fluktuacyjne zmiany mieszkańców były minimalne, miałem więc sposobność spostrzegać 60 przypadków takich, w których dokonałem kilkakrotnych wstrzyknięć surowicy leczniczej w odstępach czasu bardzo różnych, od kilku tygodni lub miesięcy do kilku lat. Powtórnych wstrzyknięć, dokonanych w odstępach kilkogodzinnych lub kilkodniowych i wogóle przed upływem sześciu tygodni, nie uważałem za reinjekcye, jako dokonanych pomocniczo lub dopełniająco w okresie jednego zachorzenia. Zbyt długiem i zbytecznem

TABLICA I.

L. p.	Płeć	Rodzina	I. Rok wstrzyknięcia	I. Wiek w latach	I. Objawy choroby	I. Ilość surowicy przeciwbłoniczej	I. Ilość dawek	I. Objawy posurowicze	II. Rok wstrzyknięcia	II. Wiek w latach	II. Objawy choroby	II. Ilość surowicy przeciwbłoniczej	II. Ilość dawek	II. Objawy posurowicze
55	Z.	Klen.,	1909	1	Laryng. crouposa	3000 J. Ochr.	2	Urticaria na 7—9 dzień	1910	$2^1/_2$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	0
56	M.	Łycz.,	1909	$3^1/_4$	Laryng. crouposa	3000 J. Ochr.	2	Urticaria na 6—8 dzień	1910	$4^3/_4$	Laryng. crouposa Angina diphtherit.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—11 dzień
57	M.	Wesoł.,	1902	$1^3/_4$	Laryng. crouposa incip.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 8—10 dzień	1910	$10^1/_4$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—10 dzień
58	Z.	Przych.,	1909	$^3/_4$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—11 dzień	1911	$4^1/_2$	Angina diphtherit. Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	0
59	M.	Sznag.,	1902	$^1/_2$	Angina diphther. incip.	1000 J. Ochr.	1	0	1904	$2^1/_2$	Laryng. crouposa incip.	1000 J. Ochr.	1	0
60	M.	Lewand.,	1908	$5^1/_2$	Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 8—10 dzień	1911	$8^1/_2$	Angina diphtherit. Laryng. crouposa	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 9—10 dzień

byłoby przytaczać szczegółowy opis wszystkich tych przypadków; szczegółowe najważniejsze dane co do 54 z nich, ogłosiłem w roku ubiegłym (1910) w »Przeglądzie i Czasopiśmie lekarskiem« w Nr 41—43; liczba ta od tego czasu powiększyła się o sześć nowych, które dotyczyły reinjekcyi, dokonanej po upływie roku, dwóch lat, czterech. trzech i ośmiu lat od pierwotnego wstrzyknięcia. Dla skrócenia opisu i dla łatwiejszej oryentacyi podaję zestawienie tych sześciu nowych przypadków w tablicy I.

Ogółem więc spostrzegałem osobiście 60 przypadków, w których dokonałem reinjekcyi w różnych odstępach czasu, a które co do liczby dokonanych reinjekcyi dzielą się w sposób następujący:

1) W 10 przyp. były 4-krot. reinjek. razem w ilości 42 wstrzyk.
2) » 30 » » 3 » » » » 103 »
3) » 20 » » 2 » » » » 49 »

Raz. 60 » » wielokr. » » » 194 »

Grupowały się one co do jakości wstrzykiwanej surowicy, jak następuje:

I) Czterdzieści przypadków, gdzie wstrzykiwano jedynie tylko surowicę przeciwbłoniczą; w tem było:

1) Czterokrotnie leczonych . . 2 przypadki
2) Trzykrotnie » . . 19 przypadków
3) Dwukrotnie » . . 19 »

II) Trzynaście przypadków było podczas reinjekcyi leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową, przeciwpłoniczą, jak następuje:

1) Po jednokrotnem leczeniu przeciwbłoniczem 1 przypad.
2) » dwukrotnem » » 5 »
3) » trzykrotnem » » 7 »

III) Siedem przypadków nakoniec było podczas ostatniej reinjekcyi leczonych skombinowaną metodą leczniczą obu surowicami jednocześnie: przeciwpłoniczą z powodu objawów płonicy i przeciwbłoniczą z powodu jednoczesnych objawów rozległego błonicowatego zapalenia gardła, a mianowicie w sposób następujący:

1) Po jednokrotnem leczeniu przeciwbłoniczem 1 przypad.
2) » dwukrotnem » » 5 »
3) » trzykrotnem » » 1 »

Pomijając tu szczegółowy opis tych nadzwyczajnie z wielu względów ciekawych przypadków, zestawiam dla oryentacyi najważniejsze dane w tablicy II.

TABLICA II.

Zestawienie siedmiu przypadków reinjekcyi, w których przy ostatniej reinjekcyi zastosowano leczenie jednocześnie dwoma gatunkami surowic leczniczych.

L. p.	Płeć	Rodzina	I. Rok wstrzyknięcia	I. Wiek w latach	I. Objawy choroby	I. Ilość surowicy przeciwbłoniczej	I. Ilość dawek	I. Objawy posurowicze	II. Rok wstrzyknięcia	II. Wiek w latach	II. Objawy choroby	II. Jakość i ilość surowicy	II. Ilość dawek	II. Objawy posurowicze
1	M.	Byk.,	1907	$1\frac{1}{2}$	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 7—9 dzień	1908	$2\frac{1}{2}$	Scarlat. Angina diptheroides	Scarlat. 20 cm^3 † Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	2	Urticaria na 6—8 dzień
2	M.	Licht.,	1900	$\frac{1}{2}$	Angina diphth.	1000 J. Ochr.	1	0	1902	2	Angina diphth.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0
3	M.	Pań.,	1898	1	Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	0	1902	5	Angina diphth.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0
4	M.	Ciech.,	1898	$1\frac{1}{2}$	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 8—9 dzień	1903	$6\frac{1}{2}$	Angina diphth.	Dyfteryt 2000 J. Ochr.	1	0
5	M.	San.,	1898	2	Laryng. croup.	3000 J. Ochr.	2	Urticaria na 8—10 dzień	1906	10	Angina diphth.	Dyfteryt. 2000 J. Ochr.	1	0
6	Ż.	Fab.	1897	1	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 7—8 dzień	1899	3	Angina diphth.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0
7	Ż.	Byk.,	1896	$1\frac{1}{2}$	Angina diphth. Laryng. croup.	2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 11 i 12 dzień	1902	$7\frac{1}{2}$	Angina diphth. Laryng. croup.	Dyfteryt. 2000 J. Ochr.	1	Urticaria na 6—7 dzień
			III.						IV.					
1	M.	Byk.,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	M.	Licht.	1904	4	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 20 cm^3 † Dyfter. 1000 J. Ochr.	2	0	—	—	—	—	—	—
3	M.	Pań.,	1907	10	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 20 cm^3 † Dyfter. 1000 J. Ochr.	2	0	—	—	—	—	—	—
4	M.	Ciech.,	1909	$12\frac{1}{2}$	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm^3 † Dyfter. 2000 J. Ochr.	2	Urticaria na 10 dzień	—	—	—	—	—	—
5	M.	San.,	1908	12	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm^3 † Dyfter. 2000 J. Ochr.	3	Urticaria na 11—12 dzień	—	—	—	—	—	—
6	Ż.	Fab.,	1909	13	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm^3 † Dyfter. 2000 J. Ochr.	2	Urticaria na 9—10 dzień	—	—	—	—	—	—
7	Ż.	Byk.,	1906	$11\frac{1}{2}$	Angina diphther. incip.	Dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	0	1908	$13\frac{3}{4}$	Scarlat. Angina diphtheroides	Szkarlat. 30 cm^3 † dyfteryt. 1000 J. Ochr.	1	Urticaria na 10—12 dzień

(Dokończenie nastąpi)

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie Nr 6. 5. X. 1909. Pies 6 kg. wagi. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. VI.).

TABLICA VI.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 7 g. 45'	11	170	116	143	Wprowadzono 10 cm sz. wyciągu wodnego z piasku z suchemi przysadkami mózgowemi Mercka po uprzedniem obrobieniu go wyskokiem (odpowiada 36·0 świeżych przysadek mózgowych).
„ „ 9''					Ciśnienie krwi nieco się obniża.
„ „ 10''		160	108	134	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 20''	12	190	128	159	
„ 40'	12	180	140	160	
„ 47'	13	180	136	158	
„ 48'	12	170	144	157	
„ 49'	12	170	128	149	Wprowadzono 10 cm sz. wyciągu wyskokowo-eterowego z suchych przysadek mózgowych Mercka (odpowiada 36·0 świeżych przysadek mózgowych).
„ „ 6''					Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 9''		106	76	91	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić, a tętno staje się częstsze.
„ „ 15''	20	112	102	107	
„ „ 28''	15	166	124	145	
„ 50'	13	172	134	153	
„ 52'	11	176	116	146	
„ 53'	11	162	124	143	
„ 55'	11	164	128	146	

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu wodnego wyciągu z suchych przysadek mózgowych, obrobionych uprzednio wyskokiem, otrzymaliśmy nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi z następczem, dość długo trwającem podniesieniem ciśnienia. Po wprowadzeniu zaś wyciągu wyskokowo-eterowego otrzymaliśmy tylko obniżenie ciśnienia krwi, które wszakże wkrótce powróciło do poziomu prawidłowego. Zmian w charakterze krzywej tętna nie udało się zauważyć ani po wprowadzeniu wyciągu wodnego, ani po wprowadzeniu wyciągu wyskokowo-eterowego.

Doświadczenie Nr 7. 8. II. 1910. Pies 7·4 kg. wagi. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. VII.).

TABLICA VII.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 10 g. 30'	9	192	116	154	Wprowadzono 3·5 cm sz. wyciągu $^{n}/_{10}$ kwasem solnym z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 0·5 świeżych narządów).
„ „ 8''					Ciśnienie krwi obniża się; tętno przyspiesza się.
„ „ 14''	15	120	110	115	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić, tętno staje się rzadszem, fale jego większemi, nabierając cech tętna czynnego. Pies niespokojny.
„ „ 20''	9	180	114	147	
„ 31'	5	196	116	156	Wysokość fali tętna — 70 mm rtęci.
„ 32'	5	196	124	160	
„ 33'	5	190	126	158	
„ 35'	5	204	124	164	Po 2—3 większych falach występują 2 — 3 nieco mniejsze.
„ 37'	5	202	122	162	
„ 39'	7	208	138	173	
„ 40'	5	204	132	168	Wprowadzono 1 cm sz. wyciągu $^{n}/_{10}$ kwasem solnym z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 0·75 świeżych narządów). Zmian ani w ciśnieniu krwi, ani w charakterze tętna zauważyć nie można.
„ 41'	6	212	122	167	
„ 42'	6	214	136	175	Wprowadzono 3 cm sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 42''					Ciśnienie krwi zaczyna spadać. Fale tętna czynnego stają się mniejsze, częstsze i powoli tracą swój właściwy charakter.
„ 43'	11	136	82	109	Pies niespokojny: wyje, rzuca się.
„ „ 30''	11	128	90	109	
„ „ 50''					W kaniuli skrzepła krew.
„ 58'	9	184	130	157	Wprowadzono 11 cm. sz. wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 1·6 świeżych narządów).
„ „ 8''					Ciśnienie krwi obniża się, a tętno staje się przyspieszone.
„ „ 16''	14	86	80	83	Wysokość fali tętna — 6 mm rtęci. Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 28''	10	190	126	158	Fale tętna stają się wyższe.
„ 59'	7	200	138	169	Charakterystyczne tętno czynne. Wysokość fali tętna — 62 mm rtęci.
O 11 g. 0'	7	200	130	165	
„ 1'	6	220	122	171	
„ 3'	6	192	128	160	
„ 5'	6	190	138	158	Wprowadzono 6 cm sz. z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 4·5 świeżych narządów).
„ „ 15''					Ciśnienie krwi obniża się, tętno staje się częstszem, fale jego mniejszemi.
„ „ 22''	10	132	120	126	Wielkość fali tętna — 12 mm rtęci.
„ „ 26''					Ciśnienie krwi szybko się podnosi.
„ „ 28''	10	202	114	158	
„ 6'	8	192	140	166	
„ „ 20''	6	196	126	161	Tętno czynne występuje znowu. Wysokość fali tętna — 60 mm rtęci.

TABLICA VIII.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 11 g. 43'	7	182	94	138	Wprowadzono 5·5 cm sz. strątu fosforowolframowego wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 5·0 świeżych narządów).
„ „ 15''					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać.
„ „ 20''	6	132	92	112	Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 26''	8	148	108	128	
„ 44'	12	142	124	133	
„ 45'	6	166	108	137	
„ 46'	11	160	110	135	Wprowadzono 11 cm sz. tego, co i poprzednio. Ciśnienie krwi odrazu zaczyna spadać.
„ 47'	12	120	86	103	
„ „ 20''	12	90	70	80	
„ 48'	13	90	72	81	
„ 49'	13	86	72	79	
„ 51'	11	110	98	104	
„ 53'	12	114	102	108	
„ 55'	12	114	102	108	
O 12 g. 0'	8	128	102	115	
„ 10'	10	170	112	141	
„ 20'	10	168	102	135	Wprowadzono 11 cm sz. przesączu fosforowolframowego wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 10·0 świeżych narządów).
„ „ 10''					Ciśnienie krwi nieco się obniża.
„ „ 14''	10	122	94	108	
„ „ 17''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 20''	7	174	120	147	
„ „ 30''					Ciśnienie krwi znowu się obniża.
„ 21'	10	148	112	130	
„ 22'	11	148	112	130	
„ 25'	10	154	120	137	Wprowadzono 10 cm sz. przesączu fosforowolframowego wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 2·0 świeżych narządów). Ciśnienie krwi odrazu zaczyna się nieco podnosić.
„ „ 45''	10	166	136	151	Zjawiają się fale tętna z cechami tętna czynnego.
„ 26'	10	160	132	146	
„ 27'	10	154	126	140	Po 3—6 falach większych następują 3—4 mniejsze.
„ 28'	9	156	122	139	
„ „ 30''					W kaniuli krew skrzepła.
„ 41'	10	150	116	133	Wprowadzono 10 cm sz. strątu fosforowolframowego wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 2·0 świeżych narządów).
„ „ 12''					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać, tętno staje się częstsze.
„ „ 17''	14	120	100	110	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 20''		154	124	139	
„ 42'	10	142	116	129	
„ 43'	10	132	110	121	Wprowadzono 20 cm sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 12''					Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać i tętno staje się częstsze.
„ „ 16''	12	110	90	100	Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 29''		158	128	143	Ciśnienie krwi znowu nieco się obniża.
„ 44'	10	136	114	125	
„ 45'	10	142	114	128	

Widzimy tu, że wyciąg z tylnej części przysadek mózgowych działa tak samo, jak wyciąg z całych przysadek, a mianowicie: na razie wywołuje krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi, po którem następuje podniesienie ciśnienia i charakterystyczne tętno czynne; wielkość tego tętna czynnego do pewnego stopnia zależy od wielkości dawki wyciągu, na wielkość zaś podniesienia się ciśnienia krwi wielkość dawki wyciągu nie wpływa. Wyciąg z przedniej części przysadek mózgowych w małych dawkach (0·1 na 1 kg. wagi psa) nie wywiera żadnego działania, w większych jednak dawkach (0·3 na 1 kg. wagi psa), wywołuje dość znaczne obniżenie ciśnienia krwi, przyczem znika i tętno czynne. Wprowadzenie atoli dwa razy większej dawki wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych, lecz wkrótce po wprowadzeniu dużej dawki wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych, wywołało niewielkie obniżenie ciśnienia krwi i zniknięcie tętna czynnego tylko na 1' 5''.

Ponieważ tak po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych, jakoteż po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części, stale spostrzega się na razie obniżenie ciśnienia krwi, przeto postanowiłem obydwa wyciągi obrobić kwasem fosforowolframowym, aby przekonać się, czy owo obniżenie ciśnienia krwi nie zależy od wazodylatyny, która strąca się kwasem fosforowolframowym. Nadto pragnąłem oddzielić zapomocą kwasu fosforowolframowego ciało, podnoszące ciśnienie krwi. Sposób obrabiania wyciągów kwasem fosforowolframowym opisałem już dawniej[18]).

D o ś w i a d c z e n i e Nr 8. 10. II. Pies 10 kg. wagi. wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej prawej (tabl. VIII.).

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu strątu fosforowolframowego 0·5 gr. przednich części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa ciśnienie krwi obniżyło się ze 138 mm. rtęci tylko do 112 mm i już po 2 minutach powróciło do poziomu prawidłowego, natomiast po wprowadzeniu strątu fosforowolframowego 1·0 gr. przednich części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa ciśnienie krwi obniżyło się ze 137—135 mm rtęci do 80 mm i powróciło do poziomu prawidłowego dopiero po 24 minutach. Przesącz fosforowolframowy przednich części przysadek mózgowych wywołał nieznaczne podniesienie ciśnienia krwi. Po wprowadzeniu przesączu fosforowolframowego 0·2 gr. tylnych części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa, otrzymaliśmy dość długotrwałe podniesienie się ciśnienia krwi wraz z tętnem czynnem. Po wprowadzeniu strątu fosforowolframowego z początku 0·2 gr., następnie 0·4 gr. tylnych części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa otrzymaliśmy tylko spadek ciśnienia krwi, w pierwszym przypadku ze 133 mm rtęci do 110 mm, w drugim — ze 129 mm do 100 mm.

Powyższe doświadczenie kazało przypuszczać, że w przysadce mózgowej obok wielu innych ciał znajduje się jeszcze i wazodylatyna. Należało jednak sprawdzić to przypuszczenie. W tym celu postanowiliśmy przeprowadzić szereg badań, poczawszy od tego, czy wyciąg z przysadki mózgowej wywołuje wydzielanie się soku trzustkowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Predtieczeński. **O białej dermografii z punktu widzenia obecnego stanu nauki o wewnętrznem wydzielaniu gruczołów.** (Prakticz. Wracz 1911, Nr 21). Czerwona dermografia niema wielkiego znaczenia rozpoznawczego, ponieważ zdarza się u ludzi zdrowych. Zupełnie inaczej przedstawia się znaczenie dermografii białej, która bezwarunkowo zawsze jest objawem chorobowym i zdarza się znacznie rzadziej, niż czerwona; opisano ją przy syryngomyelii, niedokrwistości, chorobie Addisona, chorobach skóry, nerwicy urazowej; przyczyna tego objawu jest jeszcze zupełnie nieznana. Autor opisuje chorego, liczącego 33 lata, który dawniej chorował na przymiot, obecnie zaś cierpi na przerostową marskość wątroby, powiększenie śledziony i objawy czynnościowej niedomogi trzustki; w klinice dostał chory swędzącej osutki, która po 5 dniach zaczęła silnie się łuszczyć. Biały dermografizm najwyraźniej występował w miejscach najsilniej zajętych osutką. Wywiady wykazały, że chory nieraz już cierpiał na taką osutkę, mianowicie po zewnętrznem lub wewnętrznem stosowaniu przetworów jodu; skóra chorego jest zwykle sucha i nie poci się. — Dermografizm biały należy bezwarunkowo do kategoryi odruchów naczynioruchowych; w warunkach prawidłowych nerwy, rozszerzające naczynia, są łatwiej pobudliwe, niż zwężające, i dlatego następstwem podrażnienia skóry jest czerwony pas, który u bardzo nerwowych ludzi dochodzi do wywołanej sztucznie pokrzywki. — Przy białym dermografizmie widocznie istnieje zwiększona pobudliwość nerwów, zwężających naczynia, jednocześnie z obniżoną pobudliwością nerwów rozszerzających, t. j. układu autonomicznego. Autor sądzi, że dermografizm biały w danym przypadku łatwo można wytłómaczyć z punktu widzenia nowoczesnej nauki o wydzielaniu wewnętrznem; ponieważ w danym przypadku mamy marskość wątroby na tle przymiotu i osłabioną czynność trzustki, więc najpewniej także i marskość trzustki, co wywołuje obniżenie pobudliwości autonomicznego układu; osłabienie czynności gruczołów potnych potwierdza to przypuszczenie. Autor uważa chorego za typ wyraźnego sympatykotonizmu nie z powodu nadmiernego wydzielania układu chromochłonnego, ale z powodu osłabionej działalności (hypofuncyi) trzustki, t. j. vago-atonii. — W 2 przypadkach choroby Addisona, spostrzeganych przez autora, białego dermografizmu nie było. T. Makowski.

Willi Schmidt. **O chorobie Bantiego na tle kiły dziedzicznej.** (Münch. med. Wochs. Nr 12, 1911). Jak wiadomo, opisał Banti w r. 1897 nową postać chorobową, cechującą się obrzękiem śledziony z następowem włóknistem zwyrodnieniem wątroby i zmianami w składzie krwi. W krwi stwierdza się wtedy poikilocytozę i zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, jednakże bez leukocytozy lub leukopenii. Za przyczynę tej sprawy uważał Banti głównie kiłę, zimnicę i zatrucia, a za punkt wyjścia sprawy zmianę w narządzie trawienia. Chiari i Marchand opisali przypadki choroby Bantiego, w których kiła dziedziczna była bardzo prawdopodobną. Otóż autor miał teraz również sposobność spostrzegania takiego przypadku u 14-letniego chłopca, którego matka była chora na wiąd rdzenia i kilka razy roniła. Chory narzekał na bole w brzuchu od kilku miesięcy i uczucie wielkiej pełności. W d. 26. III. 1910 stwierdzono u chorego znaczne powiększenie brzucha z ubocznem żylnem krążeniem krwi. Puchlina brzuszna niebardzo wyraźna. Wątroba była twarda, wystawała nieco z pod łuku żebrowego, a za jej dolnym brzegiem można było wymacać dwa chropowate guzy. Pod łukiem żebrowym lewym można było wyczuć guz podłużny (16 ctm. długi, 8 szeroki), skośnie schodzący w jamę brzuszną. Rozbiór krwi wykazał 4,800.000 ciałek czerwonych, 3200 białych, hemoglobiny 84%, a skład następujący: wielojądrzastych 61,75%, wielkich limfocytów 12,91%, małych limfocytów 18,7%, eozynofilów 3,7%, tucznych 1,97%, postaci przejściowych 1,97%. Rozpoznano chorobę Bantiego i podano choremu przetwory żelaza i arszenikalne, oraz zastosowano radyoterapię, bez żadnego skutku. Ponieważ w danym przypadku zdawała się prawdopodobną kiła dziedziczna (odczyn Wassermanna dodatni), wstrzyknięto 15. VIII. 1910 pod skórę 0,40 salwarsanu. W 10 dni później śledziona zmalała, guzki na wątrobie znikły; 15. grudnia chory czuł się zupełnie zdrów i wrócił do zajęcia. Śledziona mierzyła $6^1/_4$ ctm. długości, $4^1/_2$ ctm. szerokości. Wątroby nie można było wymacać. Śledziona więc pomniejszyła się o 10 ctm. długości i $3^1/_2$ ctm. szerokości. Krew okazywała stosunki prawidłowe. Świetny wprost wynik leczenia potwierdza kiłową przyrodę tego przypadku choroby Bantiego. Stahr.

A. Netter, A. Gendron i Touraine. **Seroterapia ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia** (poliomyelitis acuta anterior) (Soc. de Biolog. 29. IV. 1911). Autorowie stosowali w r. 1910 w leczeniu powyższego cierpienia podoponowe wstrzykiwania surowicy osób, które dawniej przechodziły zapalenie rogów rdzenia. Wstrzykiwania te można zacząć w chwili, kiedy zmiany w rdzeniu dopiero się poczynają, a zwłaszcza w takim przypadku, w którym choroba przebiega etapami, przejawiając się porażeniami, zajmującemi po kolei różne odcinki ciała. Autorowie mieli sposobność leczenia swoim sposobem chorych takich, u których porażenie zaczęło się przed 24 godzinami, przed trzema, pięciu i sześciu dniami. Trzy osoby dorosłe ofiarowały krew swą do leczenia innych. Bardzo małe ilości krwi uzyskano i od dzieci. W ten sposób mieli autorowie krew z dziesięciu osób, które chorowały dawniej, a mianowicie przed 2, 3, 6, 13 miesiącami, przez laty 5, 6, 7, $7^1/_2$, $10^1/_2$ i 11. Krew dostawano z żył z wszelkiemi ostrożnościami przeciwgnilnemi, surowicę oddzielano na wirownicy i przechowywano w lodowni. Surowicy starszej, niż czterodniowej, nie stosowano. Pod opony wstrzykiwano zawsze mniej płynu, niż wypuszczono z kanału kręgowego. Najczęściej wstrzykiwano 7 cm^3, dwa razy tylko po 13 i po 15 cm^3. Najmniejsze dawki wynosiły 3 cm^3 (1 raz), 5 cm^3 (2 razy), 6 cm^3 (1 raz). Jeden chory dostał w 9 dawkach 103 cm^3, wszyscy inni po 18—19 cm^3 w 3 wstrzyknięciach. Z 4 chorych zmarł jeden w toku leczenia, osesek 22-miesięczny, wszyscy 3 inni doznali rychłej i wyraźnej poprawy. Stahr.

Laignel-Lavastine. **Łuszczyca jamy ustnej, uleczona salwarsanem.** (Soc méd. d. hôpitaux 28. IV. 1911). Kucharz, l. 58, nałogowy palacz tytoniu, dotknięty od 5 miesięcy łuszczycą jamy ustnej, utrudniającą odżywianie się, miał nadto jeszcze zapalenie ogólne błony śluzowej ust. Po jednem wstrzyknięciu salwarsanu znikła łuszczyca po 4 dniach. Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Ogólne Zebranie w dniu 25. marca 1911 r.

Obecnych 18 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

1) Kol. Fidler przedstawił chorego z rozpoznaniem **niedokrwistości złośliwej postępującej.**

2) Kol. Fidler otworzył dyskusyę nad projektem organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej.

Po dłuższych debatach uchwalono: W sprawie wynagradzania lekarzy, opłacanych przez różne instytucye, zakłady przemysłowe, fabryki i t. p. uznajemy, iż:

§ 15. Do obowiązków lekarza fabrycznego należy, co następuje: 1) Podawanie pomocy chorym robotnikom i oficyalistom w ambulatoryum lekarskiem co najmniej raz tygodniowo i codziennie u siebie w gabinecie. 2) Podawanie pomocy chorym robotnikom i oficyalistom w ich mieszkaniach. 3) Oględziny i wydawanie świadectw robotnikom i oficyalistom, poszkodowanym przy pracy. 4) Oględziny nowowstępujących robotników i oficyalistów na żądanie zainteresowanych stron, to jest fabrykanta i robotnika lub oficyalisty, lub też każdego z nich, a także wydawanie zaświadczeń o stanie ich zdrowia w chwili przyjęcia ich do pracy. 5) Oględziny poszczególnych robotników i oficyalistów w komisyach, zwoływanych przez inspektora fabrycznego.

§ 16. Za czynności swe w razie, gdyby fabrykant wynagradzał za każdą poszczególną czynność, lekarz fabryczny winien pobierać następujące wynagrodzenie jednorazowe: 1) Za oględziny nowowstępujących robotników i oficyalistów po 1 rublu od osoby. 2) Za godzinę pracy w ambulatoryum fabrycznem po 3 rb. i koszta przejazdu. 3) Za poradę we własnym gabinecie po 0.50 rb. od osoby. 4) Za poradę w mieszkaniu robotników i oficyalistów po 1 rublu za wizytę i koszta przejazdu. 5) Za orzeczenie w komisyach z inspektorem fabrycznym 10 rb.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Polskie Towarzystwo balneologiczne prosi nas o zaznaczenie, że zamierza urządzić stałą wystawę zdrojową, oraz że Komitet Wystawy zdrojowisk, uzdrowisk i zakładów leczniczych polskich przyznał dyplomy honorowe: J. hr. Potockiemu z Rymanowa, c. k. Zarządowi zdrojowemu w Krynicy, Sanatoryum Dra Dłuskiego, Stacyi klimatycznej i Pogotowiu ratunkowemu w Zakopanem, Hr. A. Stadnickiemu w Szczawnicy, R. ces. Dr Piotrowskiemu w Żegiestowie, Dr Tarnawskiemu w Kosowie, Dr Skórczewskiemu w Krynicy, Dr Chramcowi w Zakopanem, Dr Czopowi w Jaworzu, Dr Zanietowskiemu w Swoszowicach, Krajowemu Związkowi zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, Zarządom zdrojowo-kąpielowym w Druskienikach, w Nałęczowie, w Solcu, w Sławinku, w Rabce, w Iwoniczu, w Truskawcu, w Niemirowie, w Morszynie, w Krościenku, w Lubieniu Wielkim, w Żegiestowie, w Swoszowicach, w Wiśle, Krajowemu Związkowi turystycznemu w Krakowie, Muzeum beskidzkiemu w Jasienicy, Edwardowi Schneidrowi, Lecznicy Związkowej, Szpitalowi OO. Bonifratrów, Domowi samarytańskiemu PP. Ekonomek, Zakładowi Zanderowskiemu i Dr Kupczykowi w Krakowie, p. Makarewiczowi, Prof. W. Wodzinowskiemu, Dr St. Eljaszowi Radzikowskiemu, Fabryce L. Zieleniewskiego, pp. Iglickiemu, Knapińskiemu, Bazarowi Krajowemu, pp. Splichalowi, Inż. St. Żeleńskiemu, J. Goreckiemu w Krakowie, Z. Schönbergowi, firmom »Laktol« i »Auto« w Krakowie, Ks. Makowskiemu z Warszawy; dyplomy uznania: »Szatni«, F. Łodzińskiemu, L. Lisowskiemu, H. Schwarzowi, T. Góreckiemu, Wł. Tomaszewskiemu, Dr Drobnerowi, filii firmy Singer et Co. w Krakowie, M. Rothowi w Wiśle, filii firmy Reiniger—Gebbert—Schall we Lwowie, Herliczce w Krakowie, M. Walterowej w Rymanowie, B. Kasprowiczowi z Gniezna.

— Z Wystawy zdrojowisk urządzonej staraniem Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Akademii handlowej w Krakowie, zostały wysłane różne przedmioty na »Międzynarodową wystawę higieniczną« do Drezna.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Buczkiewicz rodem ze Zagrzynek, Józef Kuć z Jabłonny Lackiej, Adolf Edelman z Działoszyc w Król. Polskiem i Dr med. Stanisław Okoniewski, rodem z Kijowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. VII. do 29. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 3, płonicy 20 † 2 (6 † 1), odry 4 † — (— † —), duru brzusznego 3 † 3 (3 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Zjazd Towarzystwa higienicznego odbędzie się w r. b. w Kaliszu 8—10 września. W przeddzień Zjazdu, 7. IX. wieczorem o g. $9^{1}/_{2}$ zebranie towarzyskie; otwarcie Zjazdu 8. IX. o g. 10 rano w sali Tow. muzycznego, poczem zaraz rozpoczną się obrady naukowe (referaty w sprawie stanu zdrowotnego i potrzeb Kalisza: Stow. techników, Dr Koszutskiego i inż. Bielskiego). Program obrad dni następnych obejmuje 17 wykładów.

— Wyszedł z druku III. zeszyt »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« za rok bieżący, zawierający prócz artykułów oryginalnych cenny »Przegląd piśmiennictwa lek. polskiego«, tem pożądańszy, że odnoszący się do r. 1910, przez co wyrównane zostało spaźnianie się tego »Przeglądu« o rok, do niedawna się (od czasów rewolucyi) utrzymujące. »Przegląd« jest, jak zwykle, opracowany bardzo starannie.

Z różnych stron. Rosyjskie ministerstwo oświaty relegowało z żeńskiego Instytutu lekarskiego w Petersburgu niespodziewanie i bez wiadomości rady profesorów wszystkie słuchaczki (około 1200), z wyjątkiem 27 (!).

Mianowani: Prof. Kilian z Fryburga w B. profesorem laryngologii w Berlinie, Prof. Menge z Heidelberga profesorem położnictwa w Bonn, Prof. Enderlen z Würzburga profesorem chirurgii w Królewcu, Prof. Wenckebach z Groningen dyrektorem kliniki lek. w Strassburgu Prof. Kehrer z Berna dyrektorem kliniki położn. w Dreznie.

Zmarli: Dr Adam Karczewski, lekarz naczelny zakładu w Kochanówku, w 39 r. ż.; Dr Albert Süsskind, krakowianin, w Karlsbadzie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1911.

Gazeta lekarska Nr 27—30. Ostrowski: O gruźlicy kątnicy (27—30). — Skłodowski (dok. 27). — Rzętkowski (dok. 27—30). — Jaworski J.: Wykonawstwo lekarskie a zarobkowanie (27). — Słowo wstępne (28). — Kryński: O leczeniu chirurgicznem choroby Basedowa (28). — Chełmoński: Przyczynek do patogenezy astmy oskrzelowej (28). — Markowski: Przypadek porażenia mięśnia zębatego wielkiego, jako przyczynek do fizyologii patologicznej ruchów pasa barkowego (28). — Starkiewicz: Uwagi nad przypadkiem zapalenia opłucnej międzyzrazowego (28). — Karwacki i Otto: O obecności ciał wiążących komplement w plwocinie gruźliczej (29). — Gliński Mieczysław: O teoryach białaczki w świetle najnowszych badań (30).

Medycyna i Kronika lek. Nr 27—30. Lipsztat: W sprawie działania ubocznego dioksydiamidoarsenobenzolu (salvarsanu) (27). — Zapasiewicz (dok. 27). — Kozerski: Leczenie radem (28). — Goldflam: O prostej podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka. (28—30). — Saidmann: O wpływie zaczynów tryptycznych na gruźlicę chirurgiczną i o leczeniu spraw ropnych środkami przeciwzaczynowymi (28). — J. Zawadzki: Przegląd lekarski (notatka bibliograficzna) (28). — Czerwiński: Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka (29—30). — Lubelski: Ropne rozlane zapalenie otrzewnej, wywołane zapaleniem wyrostka robaczkowego; powikłanie ropnem zapaleniem stawu kolanowego; operacya — wyzdrowienie (30). — Lidmanowski: W kwestyi organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu (30).

Tygodnik lek. Nr 27—30. Skórczewski i Wasserberg (dok. 27). — Gąsiorowski (dok. 27). — A. Beck: Charakterystyka ruchów gałki ocznej podczas drżenia (nystagmus) (28). — Popielski: Teorya hormonów w oświetleniu faktów (28).— Reis: W sprawie leczenia arsenobenzolem zapaleń nerwu wzrokowego (28).— Klarfeld: O przypadku guza przy mostku Varola (28). — Antoni Rydygier (jun.): O wycięciu zwoju Gassera (28). — Czubalski: O zmianach w krzepliwości krwi w okresie trawienia (28). — Grek: Zachowanie się krwi w przypadkach choroby Basedowa (28). — Bocheński: Rozwój cięcia cesarskiego (28—30). — Sabat: Metoda rentgenograficznego regestrowania ruchów przepony, serca, tętnicy głównej i t. d. (28). — Hornowski: Kilka uwag o powstawaniu wrodzonej torbielowatości nerek na podstawie własnych spostrzeżeń (28). — Lenartowicz: Niezwykłe umiejscowienie zakażenia rzeżączkowego (28). — Nowicki: O torbielach chłonnych nadnerczy (28). — Pańczyszyn: Wpływ i sposób działania dużych dawek węglanu bizmutowego (bismuthum carbonicum) na przewlekłe cierpienia żołądka przebiegające z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego (28—30). — Gerus: »Naftusia« (29).

Nowiny lekarskie Nr 7. Wicherkiewicz: Jakim być winien

okulista operator. — Bylicki: O trwaniu ciąży i przepowiadaniu jej końca. — Dobrowolski: Przyczyny powstawania rzucawki porodowej a jej leczenie. — Krzyształowicz: O ropnych zapaleniach skóry (pyodermitis). — L. K. Gliński: Usposobienie anatomiczne a t. zw. dziedziczność w gruźlicy. — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Simon: Pseudoleukemia cum febri recurrentę. — Ehrenpreis: Nieco o zaburzeniach ze strony narządu moczowego w połogu. — Türschmid: Przepuklina zasłonowa jajowodu. — Blassberg: Cukrzyca a uraz. — Czaplicki: Leczenie gruźlicy metodą Gérarda i Lemoinea. — Michałowicz: W sprawie białkomoczu u starszych dzieci o sobozmianie zmniejszonym. — Rosenfeld: O chorobie posurowiczej.— Zanietowski: O dyagnostycznem i leczniczem zastosowaniu mojej metody rozładowań w świetle uchwał międzynarodowych Zjazdów. — Polak: O łączności zadań higieny polskiej. — A. Kięsk: Kilka uwag w sprawie schorzenia kaletek. — Panieński: O leczeniu naparstnicą. — Stasiński: Kilka uwag nad główniejszymi objawami ocznymi towarzyszącymi chorobie Basedowa. — L. Mieczkowski: Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy. — Gantkowski: Miejskie stacye opiekuńcze dla alkoholików, oraz pogląd na $3^1/_2$-letnią działalność Poznańskiej stacyi. — Steinborn: Odczyn krwi według Wassermanna. — Trzebiński: O problemacie życiowym.

Postęp okulistyczny Nr 6. Bałaban: Krytyczna ocena tymczasowej blefarotomii i o mechanizmie jej działania.

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom V., Zesz. 1.: L. Kryński: Gastroenterostomia posterior antecolica. — L. Krauze: Z chirurgii oczodołu pozagałkowego. — F. Smużyński: Zwichnięcie nawykowe w stawie ramiennym.

Rocznik lekarski Tom II. Z. 2. Adam Wrzosek: Ludwik Bierkowski.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. II. Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907 etc. — Steinhaus (c. d.).

Zdrowie Nr 7. Bujwid: Działanie promieni pozafioletowych na bakterye chorobotwórcze. — Józefa Joteyko: O przeciążeniu szkolnem. — Serkowski i Kraszewski: Rozbiór niektórych wód mineralnych krajowych. — Jaworski J.: Ginekologia, jako dział medycyny publicznej.

Przegląd higieniczny Nr 7—8. Piasecki: Lekarze szkolni w Polsce.

Kronika dentystyczna Nr 8. Zilz: Osteomyelitis mandibularis wskutek influenzy.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 5—6. Bujwid, Dobrowolski i Mażylis: Wycieczka naukowa Bratniej Pomocy medyków U. J. po zdrojowiskach galicyjskich (5). — Zanietowski: a) Półwiekowa praca na polu balneologii »Przeglądu lekarskiego« i jego stosunek do Pol. Tow. Balneologicznego (6). b) Kilka słów o wartości leczniczej źródeł swoszowickich oraz ich radioczynności (6). — Pelczar: Kilka słów w sprawie promieniotwórczości wód w Truskawcu (6).

Nasze Zdroje Nr 11—12. Na powitanie XI. Zjazdu lek. i przyr. — Korczyński: Uwagi o naszym naukowym ruchu na polu balneologii (11—12). — Westreich: Ucisk podatkowy zdrojowisk (12).

Głos lekarzy Nr 14—15. Kaczorowski: Czy zapuszczanie podłóg w naszych szkołach olejem mineralnym jest wskazane? (14). — Icard (c. d.). — Udział lekarzy w pojedynkach. Ankieta międzynarodowa (c. d.) (14—15). — Mikołajski: Co zrobiła Izba lekarska wschodnio-galicyjska w ostatniem trzechleciu? (15). — Ciesielski: Od czego zależy tworzenie się osobników tak męskich, jak żeńskich, u roślin, zwierząt i ludzi? (15).

Słowo lek. Nr 13—14. Bednarski: Pobudka do kolegów (13). Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdań c. k. krajowej Rady Zdrowia (c. d. 13—14). — O stosunku organizacyi lekarskich do Izb lekarskich (13). — Dat Galenus opes? (14). — W-p.: Sprawozdanie z Wiecu Związku państwowego austr. organizacyi lekarskich (14).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.